



Minister Zdrowia

Warszawa,

2015 -12- 21

PR-WL.024.193.2015.KB

Sygn. akt U 5/15

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| TRYBUNAŁ KONSTITUCYJNY KANCELARIA | |
| wpł. dnia | 21. 12. 2015 |
| L.dz. | 3999 L. zał. |

Pan

Andrzej Rzepliński

Prezes

Trybunału Konstytucyjnego

Grzegorz Paweł Paszke

I. Na podstawie art. 82 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym, przedstawiam pisemne stanowisko w sprawie wniosku Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15).

Wnioskiem z dnia 22 maja 2015 r. Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wniósł o stwierdzenie, że:

- przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15), zwanego dalej „rozporządzeniem”, są niezgodne z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z powodu naruszenia zasady ochrony praw nabytych,
- przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia są niezgodne z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.),



zwanej dalej „u.d.l.”, i art. 2 oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ze względu na przekroczenie zakresu delegacji ustawowej.

II. W ocenie Ministra Zdrowia wniosek nie zasługuje na uwzględnienie.

1. Odnosząc się do pierwszej z podstaw wniosku, na wstępie godzi się zauważyć, że z zasadą demokratycznego państwa prawa wiąże się zasada ochrony praw słusznie nabytych, której treść i sens wielokrotnie był przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego treścią zasady praw nabytych jest zakaz stanowienia przepisów arbitralnie odbierających lub ograniczających prawa podmiotowe przysługujące jednostce lub innym podmiotom prywatnym występującym w obrocie prawnym. Zarówno w poprzednim jak i w aktualnym stanie prawnym zasada ochrony praw nabytych wywodzona jest z ogólnej zasady państwa prawnego, na równi z dwiema innymi fundamentalnymi zasadami ustrojowymi – państwa demokratycznego i państwa sprawiedliwego. Zasady te są obecnie wyrażone w art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Zatem wnioskodawca trafnie zidentyfikował wzorzec konstytucyjny.

Oceniając konstytucyjność określonego rozwiązania prawnego z punktu widzenia zasady ochrony praw nabytych należy zdaniem Trybunału Konstytucyjnego zwrócić uwagę na trzy kwestie. Przedmiotem oceny przewidzianej w omawianej zasadzie jest przysługujące już określonej osobie prawo podmiotowe. Nie ma przy tym znaczenia czy prawo to zostało nabyte na podstawie indywidualnego aktu organu władzy, czy wprost na podstawie ustawy z chwilą spełnienia określonych w niej przesłanek. Zasadą ochrony praw nabytych objęte są zarówno prawa nabyte w drodze skonkretyzowanych decyzji przyznających świadczenia, jak i prawa nabyte *in abstracto* zgodnie z ustawą przed zgłoszeniem wniosku o ich przyznanie.

W ocenie Ministra Zdrowia w pierwszej kolejności, oceniając wniosek, należy udzielić odpowiedzi, czy wnioskodawca skonkretyzował prawo podmiotowe podlegające ochronie w myśl art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Analiza treści wniosku zdaje się prowadzić do refleksji, że naruszonym prawem podmiotowym, zdaniem wnioskodawcy, jest prawo **„lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii do samodzielnego wykonywania znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i**

podpajęczynówkowego - dzieciom do 1 roku życia (włącznie) oraz wszystkim pacjentom, niezależnie od wieku, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniom wyższym niż III (czyli IV i V).”.

W ocenie Ministra Zdrowia powyższe sformułowanie wniosku trudno uznać za dostateczne sformułowanie prawa podmiotowego, umożliwiające ocenę jego domniemanego naruszenia w świetle wzorców konstytucyjnych, co wskazywałoby na konieczność umorzenia postępowania z uwagi na to, że wydanie orzeczenia jest zbędne.

Gdyby jednak spróbować ustalić na podstawie wniosku prawo podmiotowe, wydaje się, że w ocenie wnioskodawcy jest to prawo lekarza, który ukończył specjalizację z ówczesnie obowiązującymi przepisami, do udzielania świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie wynikającym z dziedziny medycyny, w której była przeprowadzona specjalizacja.

W tym kontekście godzi się przywołać orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym: *„konstytucyjna zasada ochrony praw nabytych zakazuje arbitralnego znoszenia lub ograniczania praw podmiotowych przysługujących jednostce lub innym podmiotom prywatnym występującym w obrocie prawnym. Zasada ochrony praw nabytych zapewnia ochronę praw podmiotowych, poza zakresem ochrony pozostają zasadniczo natomiast sytuacje prawne, które nie mają charakteru praw podmiotowych”* (por. wyrok TK z dnia 19 marca 2001 r., K 32/00, OTK ZU nr 3/2001, poz. 50). W związku z powyższym nie sposób przyjąć, że istnieje prawo podmiotowe do niezmienności zasad wykonywania zawodu, abstrahując od stałego, dynamicznego rozwoju wiedzy medycznej.

W związku z powyższym zasadne jest przywołanie art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Nie bez znaczenia jest również treść art. 18 ust. 1 cytowanej ustawy, zgodnie z którym lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Już tylko mając na względzie zacytowane wyżej przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nie sposób przyjąć, że raz uzyskane kwalifikacje w ramach specjalizacji, bez względu na to, kiedy to miało miejsce, predestynują lekarza do udzielania świadczeń w dziedzinie objętej specjalizacją na zawsze, a wszelkie działania legislacyjne mające na celu zapewnienie pacjentom udzielania świadczeń zdrowotnych o jakości adekwatnej do stanu aktualnej wiedzy medycznej przez lekarzy o kwalifikacjach tą jakością zapewniających odbierane są jako zamach na prawo podmiotowe. Takie rozumienie prawa podmiotowego nie zasługuje na ochronę wynikającą z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Taki pogląd pozostaje w zgodzie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym z zasady ochrony praw nabytych nie wynika (adresowany do ustawodawcy) zakaz zmiany przepisów określających sytuację prawną osoby w zakresie, w którym sytuacja ta nie wyraża się w przysługującym tej osobie prawie podmiotowym.

Rozważenia wymaga kwestia, czy zaskarżone przepisy rozporządzenia rzeczywiście odebrały czy też raczej ograniczyły lekarzowi z pierwszym stopniem specjalizacji w zakresie anesteziologii i intensywnej terapii prawo do udzielania określonych w nich świadczeń.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.), które znacznie surowiej określają kryteria dotyczące personelu lekarskiego specjalizującego się w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii. Zgodnie z jego § 2 pkt 5, lekarz specjalista to lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

Z kolei w załączniku nr 3 do rozporządzenia, w jego części I „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej” w lp. 2 „Anesteziologia i intensywna terapia/ Anesteziologia i intensywna terapia dla dzieci” w zakresie warunków realizacji świadczeń dotyczących lekarzy wprowadzono wymóg zapewnienia równoważnika co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie anesteziologii lub anesteziologii i reanimacji lub anesteziologii i intensywnej terapii. Ten sam lp. 2 cytowanego rozporządzenia w zakresie organizacji udzielania świadczeń wprowadził wymóg zapewnienia w miejscu udzielania świadczeń wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej w postaci lekarza specjalisty anesteziologii lub anesteziologii i reanimacji lub anesteziologii i intensywnej terapii we wszystkie dni

tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji). Wymogi te nie mogą być spełnione przez zatrudnienie lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, mając na względzie cytowany wyżej § 2 pkt 5 tego rozporządzenia. Rozwiązania te obowiązują od grudnia 2013 r.

Mając powyższe na względzie, należy stwierdzić, że zaskarżone przepisy rozporządzenia nie ograniczyły prawa wskazanego we wniosku.

Za tym poglądem przemawiają również poglądy samego wnioskodawcy, który wskazuje we wniosku, że *„jest to specjalizacja, w której określono w przepisie rangi rozporządzenia uprawnienia anestezjologów. Stało się to za przyczyną wydanego przez ministra zdrowia rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215).”*

Gdyby jednak zgodzić się z wnioskodawcą, że zaskarżone przepisy ingerują w prawa nabyte, należy zauważyć, że w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego dopuszcza się taką ingerencję, pod określonymi warunkami.

Możliwe są zatem odstępstwa od zasady ochrony praw nabytych, przy czym ocena dopuszczalności odstępstwa może być dokonana na tle konkretnej sytuacji, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności. Uzasadnieniem naruszenia zasady ochrony praw nabytych może być w szczególności potrzeba zapewnienia realizacji innej wartości istotnej dla systemu prawnego, choćby nie była ona wprost wyrażona w tekście przepisów konstytucyjnych. Ochroną nie są też objęte prawa nabyte niesłusznie lub niegodziwie, a także prawa nie mające oparcia w założeniach obowiązującego w dacie orzekania porządku konstytucyjnego.

Ocena dopuszczalności ograniczeń praw podmiotowych wymaga rozważenia:

- 1) czy wprowadzone ograniczenia znajdują podstawę w innych normach, zasadach lub wartościach konstytucyjnych;
- 2) czy nie istnieje możliwość realizacji danej normy, zasady lub wartości konstytucyjnej bez naruszania praw nabytych;
- 3) czy wartościom konstytucyjnym, dla realizacji których prawodawca ogranicza prawa nabyte, można w danej konkretnej sytuacji przyznać pierwszeństwo przed wartościami znajdującymi się u podstaw zasady ochrony praw nabytych;

- 4) czy prawodawca podjął niezbędne działania mające na celu zapewnienie jednostce warunków do przystosowania się do nowej reguły.

Rozważając kwestię, czy wprowadzone ograniczenia znajdują podstawę w innych normach, zasadach lub wartościach konstytucyjnych należy wyjść od wytycznych określonych w art. 22 ust. 5 u.d.l., gdzie ustawodawca wskazał, iż wydając rozporządzenie, należy kierować się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. W ocenie Ministra Zdrowia wytyczna ta wskazuje, że w ocenie ustawodawcy odpowiednia jakość świadczeń zdrowotnych ma na celu realizację wskazanego w art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej prawa do ochrony zdrowia.

Nie sposób w tym miejscu nie zauważyć, że w art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ochronę zdrowia wskazano jako jedną z przesłanek umożliwiających ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw.

Jakkolwiek jest to kwestia aksjologiczna, to jednak mając na względzie treść art. 68 ust. 1 i art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniony będzie pogląd, że ustawodawca konstytucyjny stawia prawo do ochrony zdrowia na wyższym poziomie ochrony niż prawo lekarza o określonym wykształceniu do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie. Zatem w realiach niniejszej sprawy można przyznać pierwszeństwo prawu do ochrony zdrowia przed wartościami znajdującymi się u podstaw zasady ochrony praw nabytych, czyli ochroną sytuacji prawnej osoby.

W ocenie Ministra Zdrowia lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nie gwarantuje udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi o jakości adekwatnej do aktualnej wiedzy medycznej, a tym samym istnieje potencjalne zagrożenie dla realizacji konstytucyjnie chronionego prawa pacjentów do ochrony zdrowia.

Lekarz posiadający I stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, nie jest lekarzem, który odbył pełny program szkolenia jaki może i powinien przejść lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Takim lekarzem jest wyłącznie lekarz posiadający II stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii (obecnie lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii).

Teza wnioskodawcy o tym, że nie ma prawnej różnicy pomiędzy lekarzem posiadającym I a II stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, z wyjątkiem ograniczenia w piastowaniu wybranych funkcji administracyjnych jest nie do obronienia. Wygaszanie specjalizacji I stopnia począwszy od 1999 r. miało nie tylko na celu dostosowanie polskiego systemu kształcenia podyplomowego do wymogów i zasad panujących w innych krajach Europy. Miało także na celu podniesienie jakości udzielanych przez lekarzy świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń z zakresu anestezjologii. Już w 1999 r. zespół wybitnych przedstawicieli polskiej anestezjologii w składzie: prof. Andrzej Kibler – konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, prof. Jacek Jastrzębski – przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, dr Wanda Paradowska-Jeszke – przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej, prof. Anna Dyaczyńska-Herman, prof. Wojciech Gaszyński, prof. Andrzej Nestorowicz oraz prof. Witold Jurczyk przygotował program specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii mający na celu uzupełnienie ich wykształcenia.

Program specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii opracowany został zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Anestezjologii Reanimacji i Intensywnej Terapii (EBA - European Board of Anaesthesiology Reanimation and Intensive Care) będącej częścią Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych (UEMS - European Union of Medical Specialists), która jest oficjalnym organem Unii Europejskiej. Program ten miał spełniać wymagania potrzebne do uznania szkolenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce za odpowiadające wymaganiom europejskim w zakresie jakości (RQ-recognition of quality).

Program ten w zakresie anestezji zapewniał nie tylko zdobycie wiedzy teoretycznej, ale i nabycie umiejętności praktycznych, w stopniu istotnie szerszym i pogłębionym w stosunku do programu specjalizacji I stopnia. W ramach programu specjalizacji lekarz posiadający specjalizację I stopnia z anestezjologii i intensywnej miał możliwość opanowania m.in. sztuki znieczulania w sytuacjach specjalnych, takich jak:

- 1) znieczulenie ambulatoryjne;
- 2) znieczulenie w chirurgii ogólnej i przewodu pokarmowego;
- 3) znieczulenie w chirurgii naczyniowej; znieczulenie w transplantologii;
- 4) znieczulenie w urologii; znieczulenie w ginekologii i położnictwie;
- 5) znieczulenie w neurochirurgii; znieczulenie w torakochirurgii;

- 6) znieczulenie w kardiochirurgii;
- 7) znieczulenie w chirurgii dziecięcej;
- 8) znieczulenie w laryngologii, okulistyce, chirurgii szczękowej;
- 9) znieczulenie w ortopedii i traumatologii oraz znieczulenie do innego postępowania niż zabiegowe.

Zmodyfikowany w 2005 r. program specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii wyraźnie doprecyzował wymagany okres specjalizacji w zakresie anestezjologii, jak również wyraźnie rozgraniczał czas związany ze szkoleniem w anestezjologii od szkolenia w intensywnej terapii. Staż specjalizacyjny podstawowy z anestezjologii w tym programie wynosił 24 miesiące. Należy w tym momencie przypomnieć, iż cały okres szkolenia lekarzy w ramach specjalizacji I stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii (do 1999 r.) dotyczący zarówno anestezjologii jak i intensywnej terapii wynosił 24 miesiące.

W kontekście omawianego zarzutu warto również zwrócić uwagę na ewolucję na przestrzeni lat przepisów regulujących specjalizacje lekarskie.

Sprawy dotyczące szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w okresie od dnia 8 kwietnia 1998 r. do dnia 22 stycznia 2013 r. regulowały w szczególności następujące akty prawne:

- 1) zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz. Urz. MZiOS Nr 3, poz. 19, z późn. zm.);
- 2) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- 3) rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. Nr 31, poz. 302, z późn. zm.);
- 4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. Nr 83, poz. 905, z późn. zm.);

- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.);
- 6) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 26).

Zarówno na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów, jak również zgodnie z obecnie obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii mieli i w dalszym ciągu mają możliwość kształcenia specjalizacyjnego i uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, o którym mowa w § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia, według przewidzianych dla tej grupy lekarzy programów specjalizacji.

Ostatnie regulacje dotyczące przeprowadzania egzaminu specjalizacyjnego I oraz II stopnia zostały zawarte w art. 6 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 175, poz. 1461), zgodnie z którym lekarz (...) może uzyskać tytuł specjalisty pierwszego stopnia lub tytuł specjalisty drugiego stopnia nie później niż w terminie 2 lat od wejścia w życie niniejszej ustawy. Przepis ten uniemożliwił uzyskanie tych tytułów w tzw. starym, dwustopniowym systemie specjalizacji, po dniu 27 września 2007 r.

Mając na uwadze powyższe, wiosenna sesja egzaminacyjna 2007 r., przeprowadzona w terminie 1 marca 2007 r. – 30 kwietnia 2007 r., była ostatnią sesją, w której lekarze odbywający specjalizację I lub II stopnia, realizowaną na podstawie przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej lub wcześniejszych przedmiotowych przepisów, mieli możliwość przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego i uzyskanie dyplomu specjalisty I lub II stopnia.

Z powyższego wynika, że lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, o którym mowa w § 8 ust. 1 rozporządzenia, funkcjonuje w polskim systemie prawnym już od dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, a lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii mógł przez ten okres zaktualizować swoje kwalifikacje poprzez odbycie szkolenia

specjalizacyjnego w nowym, jednostopniowym systemie. W tym kontekście niecelowe jest rozpatrywanie kwestii długości *vacatio legis* rozporządzenia, mając na względzie orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym ingerując w prawa nabyte, prawodawca powinien umożliwić zainteresowanym dostosowanie się do nowej sytuacji, w szczególności poprzez wprowadzenie odpowiedniego *vacatio legis*.

Podkreślić w końcu należy, że żaden z przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, czy też wymienionych powyżej rozporządzeń regulujących materię szkolenia specjalizacyjnego lekarzy nie przyznawał lekarzowi, który odbył specjalizację prawa do udzielania wszelkich świadczeń w dziedzinie objętej specjalizacją. Zatem nie zostało w istocie przyznane prawo do udzielania wszelkich świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Kończąc, należy zwrócić uwagę na to, że jakkolwiek wnioskodawca wskazuje, że *„powyższe ograniczenia mają swoje skutki w zakresie, który jest przedmiotem szczególnego zainteresowania związków zawodowych, to jest prawa do pracy \ do wynagrodzenia”*, to jednak w podstawie wniosku nie wskazano jako wzorca konstytucyjnego art. 65 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. W konsekwencji, mając na względzie treść art. 66 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym w zw. z art. 134 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym), a więc zasadę związania Trybunału Konstytucyjnego granicami wniosku, należy pozostawić ten wątek wniosku bez komentarza.

Mając na względzie powyższe, należy uznać przepisy § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia za zgodne z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Odnosząc się do drugiej z podstaw wniosku, należy stwierdzić, że również jest on bezzasadny.

Wnioskodawca wskazuje, że przywołane na wstępie przepisy ww. rozporządzenia wykraczają poza zakres upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 u.d.l. Nie sposób się zgodzić z tym poglądem. W przepisach § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia zostały określone standardy postępowania medycznego w zakresie wykonywania znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego w podmiocie leczniczym oraz świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji. Przesłanką dla określenia ww. standardu była potrzeba zapewnienia

odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, w wykonaniu zresztą wytycznej zawartej w treści upoważnienia ustawowego. Przy opracowywaniu tego standardu brali udział najwybitniejsi krajowi specjaliści w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Aby odnieść się do poglądów wnioskodawcy, należy ustalić desygnat pojęcia „standard postępowania medycznego”.

Pod pojęciem „standard” rozumie się zwykle wspólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, zwykle najbardziej pożądane cechy czegoś, np. ludzkiego zachowania. Pojęcie to pojawiło się w polszczyźnie stosunkowo niedawno. W znaczeniu obiegowym, potocznym jest tłumaczeniem wprost angielskiego pojęcia „standard” oznaczającego normę, wzorzec. „Słownik poprawnej polszczyzny PWN” (Warszawa 1980, str. 723): „Standard (nie standart): norma, wzorzec”. „Słownik współczesnego języka polskiego” (Warszawa 1996, str. 1056); „standard - typowy, przeciętny model, wzorzec, gatunek jakiegoś wyrobu odpowiadający określonym normom, wzorzec, norma... standardowy – zgodny z przyjętymi normami, nie odbiegający od norm, typowy...” „Nowa encyklopedia powszechna PWN” (Wrocław 1997, tom 4, str. 513): hasło „standaryzacja” ma odnośnik: „patrz normalizacja”: ...działalność polegająca głównie na opracowywaniu, rozpowszechnianiu, wprowadzaniu w życie norm.”. Jak się wskazuje w słownik języka polskiego¹: „standarty – normy określające podstawowe wymagania stawiane czemuś”. W polskim ustawodawstwie nie istnieje definicja legalna pojęcia „standard”. Natomiast w ustawie o normalizacji występują takie m.in. definicje jak: normalizacja, czy też norma.

Nie sposób nie zauważyć, że w świecie medycznym dość powszechnie stosuje się pojęcie „standardów medycznych”, przyjmując, że są to mające na celu wzrost jakości usług medycznych:

- 1) umocowane prawnie normy odnoszące się do określonych działań w obszarze medycyny;
- 2) zbiory rekomendacji odnoszących się do całości działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych, ujmowane zwykle jako wytyczne lub ścieżki postępowania medycznego;

¹ <http://sjp.pwn.pl>

- 3) pewne modele uznanych profesjonalnych działań leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych lub organizacyjnych, służących do oceny jakości świadczeń².

Tu warto zaakcentować spójność rozumienia standardów postępowania medycznego w środowisku medycznym z wytycznymi zawartymi w upoważnieniu ustawowym. W obu przypadkach akcentuje się „jakość świadczeń zdrowotnych” jako cel ustanowienia tych standardów.

Mając na względzie powyższe, ustalając standard postępowania medycznego, należałoby oczekiwać określenia minimalnych wymagań w zakresie: lokalowym, organizacyjnym, funkcjonalnym, sprzętowym, opisu (czy też algorytmu) czynności, a także w zakresie kwalifikacji personelu, który poszczególne czynności wykonuje. Wydaje się bezdyskusyjne, że niemożliwe jest określenie standardu podejmowania określonych czynności mającego na celu zapewnienie jakości tych czynności bez wskazania umiejętności, czy też kwalifikacji osób czynności te wykonujących. Inaczej standardy postępowania medycznego musiały opisywać również elementy treściowe, które wchodziły w zakres programów kształcenia podyplomowego, w tym szkoleń specjalizacyjnych. Gdyby udało się zrealizować taki postulat, rozporządzenie osiągnęłoby rozmiar uniemożliwiający przyswojenie i stosowanie jego przepisów. Zamiast aktu normatywnego o przepisach generalnych i abstrakcyjnych stałoby się wielotomową instrukcją obsługi, powielającą w dużej mierze materię podręczników medycznych i podlegającą częstym nowelizacjom wynikającym z postępu wiedzy medycznej. W konsekwencji, w ocenie Ministra Zdrowia, nieodzowne jest odwoływanie się w przepisach rozporządzenia do kwalifikacji personelu, kwantyfikowanych poprzez uzyskane w ramach sformalizowanego kształcenia podyplomowego kwalifikacje i potwierdzające je tytuły.

Tym samym należy uznać, że § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia są zgodne z art. 22 ust. 5 u.d.l., a jednocześnie z art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Z poważaniem


Konstanty Radziwiłł

² Anna Lella, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Lekarze i lekarze dentyści chcą wyłączenia świadczeń medycznych z projektu rozporządzenia w sprawie normalizacji europejskiej, Gazeta Lekarska 2012-04